



## Anamnesebogen

Herzlich willkommen in unserem Analysezentrum.

Bitte nehmen Sie sich kurz Zeit und füllen Sie diesen Anamnesebogen sorgfältig aus.

### Persönliche Daten

Name	_____	Geburtsdatum	_____
Adresse	_____	Größe	_____
	_____	Gewicht	_____
	_____	Schuhgröße	_____
Beruf	_____	Telefon	_____
E-Mail	_____		

\_\_\_\_\_  
Name der Krankenkasse/Versicherung

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Privat                | <input type="checkbox"/> Privat versichert – im Basistarif    |
| <input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert | <input type="checkbox"/> Privat versichert – nicht Basistarif |
| <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt    |   |

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? \_\_\_\_\_

### Angaben zu Ihrer Gesundheit

Haben Sie Beschwerden?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Seit wann leiden Sie unter den Beschwerden? \_\_\_\_\_

Bei welchen Bewegungen/Haltungen treten diese Schmerzen auf?  
\_\_\_\_\_

Benennen Sie den Schmerz (bitte unterstreichen)  
stechend / brennend / dumpf / pochend / ziehend

Haben Sie Vorerkrankungen, insbesondere im Bereich des Bewegungsapparates  
(Vorerkrankungen, chronische Beschwerden, größere Verletzungen)?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gab es im Vorfeld der Beschwerden Veränderungen wie z.B. neue Laufschuhe, Einlagen, Trainingsumfang gesteigert?

---

Sind Sie wegen dieser Beschwerden bereits medizinisch untersucht worden?

Ja  Nein Wenn ja, wann?

---

Sind bereits Therapien eingeleitet worden?  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

---

Welche der therapeutischen Maßnahmen haben Ihnen am besten geholfen?

---

Welche Art von Schuh tragen Sie? (bitte unterstreichen)

Sportschuhe, Sandalen, Bequemschuhe, Ballerina, Stiefel, Stöckelschuhe

Haben Sie orthopädische Einlagen?  Ja  Nein

Wenn ja, wie häufig tragen Sie diese? \_\_\_\_\_

---

Treiben Sie Sport?  Ja  Nein

Wenn ja, welche Sportarten machen Sie (Häufigkeit und Dauer pro Woche)?

---

---

Führen Sie regelmäßig Kraft-, Beweglichkeits- und Koordinationstraining durch?

Ja  Nein

Wenn ja, was: \_\_\_\_\_

---

### Wichtige Informationen

- Alle Informationen unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner Daten stimme ich zu.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen und das Merkblatt gelesen und verstanden habe.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Vielen Dank!**